

ID _____

記入日 年 月 日

南草津野村病院 出生前検査問診票

お名前 _____

該当する□全てにチェック□をしてください。また、カッコ()内にご記入ください。

◇妊婦さんご自身についてお答えください。

- 1) 体重()kg 身長()cm
- 2) ご自身の年齢()歳 パートナー(赤ちゃんの父親)の年齢()歳
- 3) 結婚していますか? はい 結婚()年目 いいえ
- 4) お子様がいますか? はい()人 いいえ
- 5) 流産、死産の経験はありますか? はい()回 いいえ
- 6) 不妊治療の経験がありますか? はい()年間 いいえ
- 7) これまでにご自分の染色体分析を受けたことがありますか? はい いいえ
- 8) 染色体の変化に起因する疾患をもつ赤ちゃんを妊娠したことがありますか?
はい 詳細() いいえ
- 9) 染色体や遺伝子に関連する疾患をもつ人がまわりにいますか。
いる 疾患名()
→「いる」の場合、どのようなご関係ですか。
家族 親戚(関係) その他()
いない

◇妊娠についてお答えください。

- 1) 本日の妊娠週数 ()週()日
- 2) 分娩予定日 令和()年()月()日
- 3) 自然妊娠 不妊治療後妊娠
→「不妊治療」の場合、行った方法は次のどれですか?(複数回答有)
タイミング法 人工授精 体外受精 顕微授精 凍結胚移植
非配偶者間体外受精 着床前診断 その他()
- 4) 通院している医療機関()
分娩を予定している医療機関名()
- 5) 産科医師から妊娠やお腹の赤ちゃんに関してこれまでに何か指摘を受けましたか?
受けていない 受けた 指摘時期:妊娠()週
指摘内容()

裏面もご記入下さい

◇出生前検査についてお答えください。

1)出生前検査を希望した動機を教えてください。

- 高齢妊娠 家族のすすめ 家系に疾患をもつ人がいる 妊娠経過で所見が見られた
21トリソミー・18トリソミー・13トリソミーの分娩歴がある 主治医の勧め 知人の勧め
その他()

2)出生前検査を希望しているのはどなたですか？

- ご自身 パートナー ご自身とパートナーの両方 その他()

3)出生前検査について誰かに相談しましたか。

- いいえ はい →「はい」の場合、相談相手は誰ですか。
パートナー 自分の家族 パートナーの家族 友達 その他()

4)これまでに出生前検査について医療機関で説明を受けたことはありますか？

- ない ある →「ある」場合、何について受けましたか？
超音波検査 母体血清マーカーテスト(クワトロテストなど) 羊水検査
NIPT その他

5)これまでに出生前検査を受けたことがありますか？

- いいえ はい →「はい」の場合、何を受けましたか？
初期胎児精密超音波検査(NT 測定など) 母体血清マーカーテスト
羊水検査 その他()

6)現在の妊娠において、NIPT 以外の出生前検査をご検討していますか？

- いいえ はい →「はい」の場合、何を検討していますか？
初期胎児精密超音波検査(NT 測定など) 母体血清マーカーテスト
羊水検査 その他()

*検査が適正に行われるために、正確な情報をご記入ください

*個人が特定されない条件で集計を行い統計データとして発表させていただくことがあります。

*ご協力ありがとうございました。本問診票の内容は個人の情報として守秘いたします。